Nr 29. Kraków, 21. lipca 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 21. lipca 1917. Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O leczeniu zapalenia płuc zapomocą optochiny

napisał

Dr Zygmunt Dziembowski, junior (Poznań).

W ostatnim czasie powstała w piśmiennictwie ożywiona polemika na temat stosowania optochiny przy zachorzeniach, wywołanych przez dwoinki zapalenia płuc. Zdania autorów są pod tym względem podzielone; kiedy jedni z nich zalecają środek ten wobec niezaprzeczonego jego działania swoistego na owe drobnoustroje, to inni uważają go za zbyt niebezpieczny, żeby można go używać ogólnie w każdym przypadku, a w końcu są i tacy autorzy, którzy wyrażają wogóle wątpliwości co do rzekomo przecenionej skuteczności optochiny. Nie można więc bynajmniej uważać sprawy tej za rozwiązaną i pożądane są dalsze doświadczenia kliniczne dla ostatecznej oceny działania optochiny w leczeniu zachorzeń, wywołanych przez pneumokoki, a więc przedewszystkiem zapalenia płuc.

Od samego początku, odkąd środek ten polecono, aż do dzisiejszego dnia stosowałem optochinę w przeszło stu przypadkach zapalenia płuc i na mocy doświadczeń, przy tem zebranych, utworzyć sobie mogłem pewne zdanie w tym względzie i dla tego też zabieram głos w tej sprawie.

Jak wiemy, optochina w wysokim stopniu działa bakteryobójczo na pneumokoki »in vitro«, co liczne doświadczenia dowodzą bezsprzecznie. Chodziłoby tylko o to, czy skuteczność jej w ustroju nie traci na wartości. Bezwarunkowo przemawia przeciw temu dodatni wynik spostrzeżeń Morgenrotha, który stosował środek ten w posocznicy myszy, wywołanej przez dwoinki zapalenia płuc. Posocznica tego rodzaju wiedzie, jak wiadomo, zawsze do śmierci owych zwierząt. Tymczasem optochina, podawana w tych doświadczeniach, działała tak korzystnie, że po jej stosowaniu śmiertelność myszy, chorych na posocznicę, wynosiła zaledwie kilka procent. Wobec tych doświadczeń Morgenrotha zaczęto u ludzi także leczyć zapalenie płuc optochiną. Nie mam zamiaru rozpisywać się dłużej o wynikach, osiągniętych przez poszczególnych autorów i zaznaczam tylko, że w każdym razie znacznie większa ich część wyraża się dodatnio, uważając optochinę za środek swoisty. Wobec tego oraz na podstawie dobrych skutków, które spostrzegałem sam, lecząc za pomocą tego środka przeszło sto przypadków zapalenia płuc, bezwarunkowo przyłączyć się mogę do tego zapatrywania. Przytem następujące doniosłe argumenta dowodzą, że optochinę oczywiście uważać należy za środek swoisty. Optochina bowiem oprócz tego, że skraca znacznie chorobę, lokalizuje ognisko choroby, której przebieg przytem bywa znacznie lżejszy. Dalej chroni ona od powikłań, wywołanych przez rozmnażanie się pneumokoków w ustroju i przez ujemne ich działanie na serce, obieg krwi, ośrodki mózgowe i inne ważne narządy. We wszystkich przypadkach, leczonych za pomocą optochiny z dobrym wynikiem, przebieg choroby bywa znacznie krótszy. Najczęściej ciepłota wkrótce po pierwszych kilku dawkach poczyna stopniowo opadać, a w niektórych razach zachodzi nawet przedwczesny przełom. W tych właśnie przypadkach nietylko ustępuje gorączka, ale i wszelkie inne objawy choroby mijają nagle i bezpowrotnie. Rzekomego przełomu (pseudokrisis) nie napotkałem nigdy i nie zgadzam się zgoła na twierdzenie autorów, którzy nawroty gorączki w takich przypadkach uważają za fakt znamienny dla działania optochiny. Mayer, który pod egidą Morgenrotha badał w ostatnim czasie bardzo szczegółowo działalność optochiny, utrzymuje, że gorączka ustępuje stopniowo (per lysin) wtedy, gdy optochinę zastosujemy we wczesnym okresie choroby; skoro zaś podamy środek ten dopiero później, wywołujemy przedwczesny przełom. Dzieje się to z następujących powodów. We wczesnym okresie choroby optochina działać może nietylko na dwoinki, krążące w ustroju, lecz także na dwoinki, znajdujące się w ognisku chorobowem. Później zaś dwoinki, zasklepione w ognisku chorobowem, nie są już dostępne dla środka i dlatego optochina ułatwia tylko ustrojowi przez zwalczanie ogólnej posocznicy wywołanie przełomu.

Optochina ogranicza także bezwątpienia ognisko choroby; przemawia za tem fakt, że nie zdarza się prawie nigdy, żeby zapalenie przy stosowaniu tego środka przerzuciło się z jednego płatu na drugi. Przytem zaznaczyć również trzeba, że przy zapaleniu płuc odoskrzelowem sprawa natychmiast przestaje się rozpościerać, i że w ciężkich przypadkach zapalenia oskrzeli zapobiedz można przez stosowanie optochiny wytworzeniu się zapalenia płuc odoskrzelowego. Na ten fakt, który wielokrotnie spostrzegałem, chciałbym zwrócić szczególnie uwagę; jest on nader doniosły, a przytem mało bardzo dotychczas przez autorów uwzględniony.

Szczególnie także podnieść pragnąłbym, że groźnych powikłań, które w ciężkich przypadkach powodują niekorzystny wynik choroby mimo wszelkich zabiegów lekarza, obawiać się nie potrzebujemy, jeżeli zastosujemy optochinę. Mam tu na myśli zapalenie osierdzia i opon mózgowych, wywołane przez dwoinki zapalenia płuc, oraz ropne zapalenie opłucnej. Znamiennem jest, że przez cały czas, odkąd stosuję optochinę, tylko raz jeden spostrzegałem mały wysięk ropny w opłucnej, który nawet tylko przez nakłucie wyleczyłem w przeciągu trzech tygodni. Innych powikłań nie napotkałem wcale.

We wszystkich przypadkach, leczonych za pomocą optochiny uderza lekki przebieg choroby. Optochina działa przytem zawsze nader korzystnie na przytomność, a wiemy przecież w jak znacznej mierze przebieg choroby od tego bywa zależny. W ostatnim czasie nadarzyła mi się sposobność leczenia przypadku zapalenia górnego płatu prawego płuca z bredzeniem (delirium). Wynik stosowania optochiny był tu nader korzystny, gdyż objawy zapalenia płuc i bredzenie ustępowały w równej mierze tak, że po 3 dniach ciepłota była prawidłowa, a przytomność zupełnie powróciła.

Dalej podnieść należy nader dodatnie działanie optochiny na narządy krążenia. Niezaprzeczenie o wiele rzadziej jesteśmy zmuszeni stosować naparstnicę, kamforę, kofeinę i inne środki podniecające sprawność tych narządów, jeżeli wcześnie podamy optochinę. Zwłaszcza u chorych starszych i u chorych, którzy już poprzednio mieli wady serca, a którzy wskutek tego zawsze przy zapaleniu płuc znajdują się w niebezpieczeństwie, miałem sposobność o tem się przekonać. To też twierdzę, że przez podawanie optochiny rokowanie staje się w tych właśnie przypadkach o wiele korzystniejsze. Chciałbym zaznaczyć, że twierdzenie niektórych autorów, jakoby kamfora, stosowana równocześnie z optochiną osłabiała działanie optochiny, nie zgadza się z mojemi doświadczeniami. Srodki te, według mego zdania, stosować można równocześnie bez obawy, żeby miała ucierpieć skuteczność jednego lub drugiego środka. Także i inni autorzy są tego zdania, co ja, a Meyer zaleca nawet wprost stosowanie optochiny w rozczynie z alkoholu i ol. camphorat. forte.

Widzimy zatem, że skutki leczenia optochiną są bardzo

dodatnie. Chcąc je atoli osiągnąć, musimy środek ten stosować jaknajwcześniej. Im rychlej bowiem środek ten podamy, tem dodatniejszy będzie wynik leczenia. Mogłem się o tem sam najlepiej przekonać, gdyż nadarzyła mi się sposobność stosowania optochiny natychmiast, gdy się u chorych pojawiły pierwsze objawy zapalenia płuc. Były to przypadki zapalenia płuc, które powstały po długotrwałych narkozach w ciągu znaczniejszych operacyi w jamie brzusznej. W tych przypadkach wynik leczenia był wprost świetny, objawy bowiem kliniczne choroby ustępowały natychmiast po pierwszych dawkach zupełnie, pomimo, że ognisko choroby w płucach stwierdzić było można jeszcze przez dni kilka. Wogóle jest rzeczą dość znamienną, że nieomal zawsze pomimo zupełnego ustąpienia objawów klinicznych, sprawa chorobowa z punktu widzenia patologicznoanatomicznego trwa dalej jeszcze przez dni kilka i tu ognisko choroby przez ten czas stwierdzić można. Optochina nie działa bowiem na ognisko choroby, jako takie, tylko na pneumokoki, które zabija lub osłabia, usuwając w ten sposób objawy kliniczne.

Pewna część autorów odmawia optochinie dlatego większego znaczenia w leczeniu zapalenia płuc, że środek ten działać może tylko w przypadkach, wywołanych przez dwoinki Fränklowskie, a przecież w niemałej liczbie przypadków nie one, ale właśnie inne drobnoustroje, jak n. p. paciorkowce są powodem choroby. Mojem zdaniem, dwoinki Fränklowskie z małymi wyjątkami są powodom zapalenia płuc, a nawet i w tych przypadkach, w których inne drobnoustroje w znaczniejszych ilościach w drogach oddechowych znajdujemy, dwoinki zapalenia płuc zawsze odgrywają przytem rolę. Przy zapaleniach płuc, które wystąpiły jako powikłanie zakażeń septycznych lub chorób zakaźnych, optochina działa nieomal zawsze dodatnio. To doświadczenie przemawia również za mojem, powyżej wyrażonem zdaniem. A przytem zaznaczyć muszę wyraźnie, że optochina bynajmniej nie jest środkiem przeciwgorączkowym, o czem przekonałem się z wszelką pewnością.

Niestety ukazało się w ostatnim czasie wiele prac, których autorzy opisują uboczne, niepożądane skutki optochiny. Niema wątpliwości, że optochina może działać szkodliwie na słuch i wzrok, i to czasem nawet bardzo znacznie. W ciężkich przypadkach zatrucia optochiną środek ten wywołać może głuchotę i ślepotę, która już nie mija zupełnie, w lżejszych zaś pojawić się mogą zaburzenia przejściowe. Atoli sprawa nie ma się tak groźnie, jak to w piśmiennictwie podawano wielokrotnie, szczególnej jeżeli się zachowa dostateczne środki ostrożności. Ja sam, podając optochinę w małych dawkach w bardzo wielu przypadkach, spostrzegałem tylko dwa razy zaburzenia tego rodzaju. I tak jeden z mych chorych skarżył się na szum w uszach przez dni kilka, drugi zaś jednem uchem przez dni kilka słyszał gorzej, aniżeli drugiem. Wynika stąd, że sprawa niema się tak groźnie, jak to inni autorzy przedstawiają. Naturalnie trzeba środek stosować ostrożnie. Ja sam podaję chlorek optochiny (optochin. muriat.) 4 razy dziennie po 0·25. Optochinę zasadową lub też salicylan optochiny uważać wprawdzie należy za środki jeszcze mniej niebezpieczne, atoli skuteczność tych przetworów nie jest tak wyraźną. W ostatnich przypadkach, które leczyłem, stosowałem nowy przetwór: garbnikan (optochin. tannic.). Skutki leczenia atoli były nieco mniej dodatnie, jak po stosowaniu chlorku optochiny; podnieść należy, że ów nowy przetwór niema nieprzyjemnego gorzkiego smaku. Podaje się 4 razy dziennie po 0·75 (optochin. tannic.), gdyż przetwór ten zawiera tylko 30% optochiny. Dawki optochiny zawsze rozdzielić trzeba na całą dobę, najlepiej więc podać 3 dawki w ciągu dnia, a jedną w nocy. Należy przytem przepisać dyetę mleczną bez soli. Oprócz tego zalecam podawać optochinę tylko przez dwa do trzech dni. Jeżeli w tym czasie polepszenie nie nastąpi, to nie można się go już więcej spodziewać, gdyż wtedy nie dwoinki zapalenia płuc, ale inne drobnoustroje muszą być powodem choroby. Jeżeli zaś optochina okaże się skuteczną, to też w tym czasie wywrze skutek zupełny. Przy takich środkach ostrożności niebezpieczeństwo zatrucia jest tylko minimalne.

Z tych wszystkich powodów zalecam zatem gorąco stosowanie optochiny przy zapaleniu płuc. Jest ona, mojem zdaniem, bezwarunkowo środkiem swoistym, to też wynik leczenia jest nader dodatni. Zdarzyć się mogą bezwątpienia przy stosowaniu tego środka zatrucia, atoli niebezpieczeństwo ich jest niewielkie, jeżeli zachowamy środki ostrożności, a wobec dodatnich skutków, zwłaszcza w ciężkich przypadkach, nie mogą one stanowić przeciwwskazania.

Ze szpitala rezerwowego »Galicyjskiego Czerwonego Krzyża« we Lwowie (Pawilon II).

O protezach kosmetycznych.

Napisał

Fr. Chomicki.

(Wedle pokazu na naukowem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w maju 1916).

Najobojętniejsze dla zdrowia fizycznego oszpecenie twarzy staje się ciężkiem kalectwem, gdy zmusza oszpeconego do zmiany zawodu, lub gdy mu utrudnia wyszukanie pracy. Wielu bowiem z przyczyny swego oszpecenia budzi wstręt w otoczeniu i wysuniętych zostaje poza nawias życia społecznego.

Ilość tych nieszczęśliwych obecnie wzrasta, gdyż do zwykłej liczby oszpeconych przez tocznia, kiłę i inne sprawy wrzodziejące przybywają okaleczeni przez postrzały.

Nie można przeto pomijać bez wypróbowania żadnych propozycyi, zmierzających do usunięcia zeszpecenia, zwłaszcza gdy obiecują dobry wynik kosmetyczny bez narażenia oszpeconego na nowe cierpienia i nowe blizny i gdy nie wymagają od lekarza szczególnej wprawy w operacyach wytwórczych.

Warunkom tym odpowiadają w znacznej mierze protezy kosmetyczne z masy, której głównymi składnikami są: żelatyna, gliceryna, woda i barwiki.

Historya tych protez jest krótka. W roku 1902 oglądał prof. Lang sztuczny nos w Kopenhadze i zachęcił Dr Henninga w Wiedniu do dalszej pracy w tym kierunku. Ten doskonale ponoś potem protezy wyrabiał, nie zdradzał jednak tajemnicy materyału. Technikę Henninga opisał później prof. Zinsser, — niezależnie zaś od niego pracowali w tym kierunku prym. Jugmann, Dr Fritsche, Dr Kohler, oraz Dr Spitzer. Metoda Spitzera, zbliżona bardzo do sposobu Henninga, jest najprostsza i do naśladowania najłatwiejsza.

Żelatynowe protezy kosmetyczne odlewa się w formach gipsowych. By otrzymać formę, trzeba przedewszystkiem zrobić zdjęcie ujemne (negatyw) z twarzy chorego. W tym celu po dokładnem opatrzeniu watą nozdrzy i zewnętrznego przewodu ucha i powleczeniu skóry waseliną ogranicza się okolicę, której odlewu potrzebujemy, kółkiem z waty lub skręconym ręcznikiem. Do środka tego kółka nalewamy gipsu alabastrowego, rozrobionego w letniej, zwykle zabarwionej wodzie. Po paru minutach, gdy gips stężeje, zdejmuje się go, natłuszcza i robi odlew.

Na otrzymanej w ten sposób masce (pozytywie) uzupełniamy brakujące części, modelując je z wosku dentystycznego (Spitzer, Zinsser), lub też z plasteliny rzeźbiarskiej, znacznie łatwiejszej do ugniatania. Z tak skompletowanej całości, ostrożnie natłuszczonej, robi się znowu negatyw. Po usunięciu domodelowanych części z maski, oczyszczeniu benzyną i ewentualnie wywierceniu w niej lejkowatego otworu do nalewania masy (Spitzer), otrzymujemy gotową formę.

Przepisów na masę protetyczną jest kilka. Po wypróbowaniu wszystkich wyrabiam dziś masę w sposób następujący: Do gotujących się na łaźni wodnej 60 gr. wody, dodaję 10 gr. białej żelatyny, a po jej rozpuszczeniu 15 gr. gliceryny, oraz, w gorące dnie letnie 3 gr. dekstryny, rozpuszczonej w 10 gr. wody. Rozczyn ten zmatowiam, dodając około 6 cm^3 zawiesiny 1 gr. bieli kremskiej w 20 gr. wody, z dodatkiem 3 kropli gumy arabskiej i zabarwiam 5—10 cm rozczynu zwyczajnej czerwonej żelatyny w wodzie, w stosunku ciężarowym 1:20. Robiąc protezy dla osób o cerze ciemnej, dodaję jeszcze parę kropel zawiesiny 1 gr. jasnego ugru w 20 gr. gliceryny. Masę taką gotuje się pół godziny na łaźni wodnej, ciągle ją mieszając. Dobranie koloru, odpowiadającego cerze danego osobnika, jest rzeczą trudną, a fabryczne wyrabianie masy, której ton odpowiadałby »der normalen Gesichtsfarbe der meisten Menschen«, jak to radzi Dr Spitzer, nigdy nie wystarczy. Ustalać ostatecznie zabarwienie masy protetycznej można dopiero po jej wyschnięciu.

Niepraktycznem jest wyrabiać masę odrazu w większej ilości. Masa bowiem, dłużej przechowywana, pleśnieje, a dodawane środki odkażające drażnią skórę.

Mając przygotowaną formę i masę, możemy przystąpić do odlewu.

Przekonałem się, że w tych przypadkach, w których chodzi o protezę wysoką, o małej powierzchni stycznej, dobrze jest, za radą Spitzera, masę (roztopioną w potrzebnej ilości na łaźni wodnej) wlewać do złożonej formy przez wywiercony w tym celu otwór w masce. Gdy zaś potrzebna jest proteza nizka, lecz na znaczniejszej przestrzeni przylegająca do blizny, lepiej jest roztopioną masę nalać do negatywu i przycisnąć z wierzchu maską (Zinsser). Naturalnie, że formy należy przedtem miękkim pędzlem wysmarować wazeliną.

Po paru godzinach wyjmujemy gotową już protezę, nożyczkami obrównywamy brzegi, ewent. przewiercamy nozdrza i naklejamy na chorym. Do naklejania użyć można mastisolu (Zinsser), mastyksu, rozpuszczonego w alkoholu w stosunku 1:30 (Spitzer), albo bezbarwnego lakieru, który trzyma doskonale, a nie wywołuje przykrego uczucia ściągania skóry.

Brzegi naklejonej protezy wygładza się rozgrzaną metalową szpatułką, a ewentualne braki uzupełnia przy pomocy pędzelka rozpuszczoną masą. W końcu trzeba protezę posmarować wazeliną i wraz z całą okolicą zapudrować.

Lekarz musi nietylko zrobić najodpowiedniejszą formę i ustalić indywidualnie potrzebne barwiki, lecz także nauczyć interesowanego przyrządzania masy, robienia odlewów i umocowywania ich oraz wykończania protezy po jej naklejeniu. Dlatego powinni chorzy od początku w pracy współdziałać i ćwiczyć się w naklejaniu. Zaletą tej metody jest jej taniość i względna łatwość wykonania. Ma ona jednak i swoje wady.

Przedewszystkiem masa żelatynowa, tracąc wodę, kurczy się, skutkiem czego proteza przestaje przylegać i musi być co 2 do 4 dni, zależnie od wilgoci powietrza, odlewana na nowo.

Robiąc doświadczenia nad wytrzymałością protez, dodawałem do masy protetycznej sole hydrofilne i mydła, wyniki jednak były ujemne. Jedynie przez umieszczenie protezy na noc na wiszącej siatce w naczyniu zamkniętem, na dnie którego znajduje się woda, można znacznie przedłużyć czas jej używalności. Umocowanie protezy i obchodzenie się z nią wymaga pewnej inteligencyi i zabiera nawet osobom wprawnym conajmniej 10—20 minut. Wreszcie, po założeniu protezy nosowej, oczyszczenie nosa natrafiać musi na pewne trudności.

Wobec jednak rzadko jednako obie strony zadowalających wyników, jakie osiągamy w tych przypadkach przy pomocy różnych operacyi wytwórczych, krwawych, protezy, gdyby nawet połączone były z większemi jeszcze niedogodnościami, zasługują na uwagę.

Tem zaś skwapliwiej, zachęcony przez prof. Hermana, zająłem się sprawą tych protez, ponieważ zrozumiałem, że tylko protezy nosowe połączone są z większemi utrudnieniami. Natomiast wypełnienie protezami żelatynowemi rozmaitych wciągniętych i do podstawy przyrośniętych blizn po sprawach ropnych i wrzodziejących kości twarzy, jest zadaniem łatwem i prostem, a może być bardzo wdzięcznem. Blizn takich, zwłaszcza teraz, po zakażonych postrzałach twarzy, nie braknie. Uważałem przeto za odpowiednie już po swych pierwiastkowych doświadczeniach zwrócić uwagę szerszych kół lekarskich na tę w odpowiednich przypadkach niewątpliwie dobrą metodę.

Piśmiennictwo. 1) A. Fritsche: Nasendeformationen u. ihre Korrektionen. Würzburg 1916. — 2) L. Spitzer: Die Prothesenfrage bei Verstümmlungen nach Lupus vulgaris. Wiener klin. Woch. Nr 10. 1916. — 3) Prof. Warnekros: D. zahnärztl. W. 1914. Der Kriegszahnarzt. Berlin 1915. — 4) Prof. Zinsser: Zur Technik der Anfertigung künstlicher Nasen. Münch. med. Woch. Nr 14. 1916.

Ze szpitala Polskich Legionów w Lublinie.

Pomoc chirurgiczna na tyłach armii.

Napisał

Dr Gustaw Zaremba,

lekarz-kapitan Polskich Legionów.

(Ciąg dalszy).

Uświadomienie sobie zatem tych dwóch zasadniczych podstaw, iż po pierwsze każda rana postrzałowa jest »a priori« już zakażona w chwili jej zadania bez względu na to, czy to była kula karabinowa lub inny rodzaj pocisku; a po drugie, że należy dążyć do tego, aby odporność samej rany i całego ustroju utrzymać w walce przeciwko zakażeniu za każdą cenę, stanowić odtąd będzie linię wytyczną leczenia ran postrzałowych wszelkiego rodzaju.

Metoda dawna i na początku obecnej wojny jeszcze stosowana, opatrywania aseptycznego i jak najdalej posuniętego konserwatyzmu przy ranach postrzałowych, okazała się z wyżej omówionych powodów mniej lub więcej błędną i bezsilną wobec grożącego lub już rozwijającego się w głąb rany zakażenia. Dlatego na tyłach postępujemy obecnie więcej czynnie, przystępując w razie najmniejszego przypuszczenia szerzącego się zakażenia rany bezzwłocznie do jaknajrychlejszego jej rozszerzenia, zrewidowania dokładnego jej wnętrza i do zastosowania miejscowych i ogólnych środków przeciwgnilnych.

Przy ranach postrzałowych o małych rozmiarach, przenikających tylko części miękkie, z małym wlotem i wylotem, o ile wystąpią objawy szerzącego się zakażenia, wystarcza zazwyczaj usunięcie strupa, zaklejającego otwór, przez który natychmiast zaczyna wyciekać w tych przypadkach gęsta ropa ze strzępkami tkanki obumarłej. Wystarczy wówczas przeciągnięcie sączka od wlotu do wylotu wraz z opatrunkiem przeciwgnilnym mokrym. Często tym małym zabiegiem daje się zapobiedz dalszemu szerzeniu się zakażenia.

Przy większych zaś co do rozmiarów ranach dartych, miażdżonych, zwłaszcza przy równoczesnych złamaniach kości, staram się wnętrze rany jaknajlepiej i jaknajdokładniej udostępnić sobie przez rozszerzające nacięcia, celem przejrzenia i oczyszczenia możliwie wszystkich dostępnych zaułków rany. Oczyszczanie takie atoli powinno się wykonywać z należytem oszczędzaniem tkanek, zdolnych jeszcze do życia, usuwając zapomocą szczypczyków i nożyczek, to co najniezbędniejsze, a więc przedewszystkiem natrafione ciała obce, części żelaza, ołowiu, strzępy z odzieży. Z tkanek zaś samych usuwam strzępy obumarłe, a przy złamaniu z potrzaskaniem kości usuwam jedynie wolno leżące odłamki lub tylko wiszące jeszcze na cienkich strzępkach tkanki. Odłamków kostnych, będących jeszcze w związku z okostną, nie należy bezwarunkowo usuwać. Po takiem oczyszczeniu samej rany należy się postarać o celowe jej sączkowanie. O ile możności zatem powinny sączki być przeprowadzone ze spadkiem w dół, przez założenie cięć przeciwległych w najniższym punkcie ułożenia ciała.

W czasie trzydziestomiesięcznego trwania wojny starałem się wypróbować najrozmaitsze środki i sposoby, polecane do opatrywania ran. Używałem z początku wojny do tamponowania ran olejku kamforowego 10-procentowego, wlewania do ran balsamu peruwiańskiego i polecanego w jego zastępstwie dziegciu (oleum rusci), potem stosowałem wodę utlenioną w rozmaitych jej odmianach płynnych i stałych: perhydrol w płynie, w pastylkach i laseczkach; ortizon w laseczkach; mieszaninę perhydrolu z alkoholem, cukier sproszkowany. Próbowałem wreszcie tam, gdzie to było możliwe, tak zwanego odkrytego leczenia ran bez żadnego opatrunku.

Z mojego doświadczenia polecić mogę przy ranach zakażonych jedynie dwa sposoby, oba tak zwane mokre opatrywanie ran, mianowicie albo wspomnianą mieszankę Kuttner-Dreyera, składającą się z $^2/_3$ perhydrolu 3-procentowego i z $^1/_3$ alkoholu 96-procentowego, albo rozczyn Karell-Dakina, którego działanie polega na stałem zetknięciu się rany z chlorem, wydzielającym się z tego rozczynu. Ten sposób Karell-Dakina daje wprost zdumiewające wyniki pod względem szybkiego opanowania zakażenia nawet w bardzo ciężkim stopniu. Nawet przy posocznico-ropnicy z powodu złamania uda ze stwierdzonymi bakteryologicznie gronkowcami w obiegu ogólnym krwi udało mi się nadspodziewanie prędko opanować w ten sposób w ciągu kilku dni ogólne zakażenie u osobnika, którego uważaliśmy już

wszyscy za straconego, obliczając życie jego tylko jeszcze na najbliższe godziny.

Sposób przyrządzania rozczynu Dakina jest następujący (Opis Dobbertina, Münch. med. Woch. 1916 str. 1602) 200 gr. chlorku wapnia (calcium chloratum) rozciera się najdokładniej w 200 gr. wody źródlanej. Stopniowo dodaje się wśród ustawicznego mieszania więcej wody, aż do 10 litrów. 140 gr. sody (natrium carbonicum) rozpuszcza się w równej ilości wody i po trochu dolewa się to do rozczynu chlorkowego wśród ustawicznego mieszania przez dalsze pół godziny. Potem wszystko należy przesączyć 30—40 gr. kwasu borowego rozpuszcza się w 200 gr. gorącej wody i dolewa się do poprzedniego przesączu w celu zobojętnienia całego tego rozczynu.

Po założeniu długich sączków, tak, by dostateczny ich kawałek wystawał poza założony opatrunek, napycha się wnętrze rany lekko gazą, nasiąkniętą obficie rozczynem Dakina. Tak samo pokrywa się powierzchnię rany i na to zakłada się opaskę bez użycia ceratki. Przez wystający zaś sączek z opatrunku i nałożony nań lejek wlewa pielęgniarka co dwie godziny mniej więcej świeżą ilość rozczynu Dakina tak, iż cały opatrunek jest stale mokry, a nie tylko wilgotny.

Działanie rozczynu Dakina na ranę polega na wywoływaniu czynnego przekrwienia wskutek ustawicznego wydzielania się chloru. Wnętrze rany zadziwiająco prędko się oczyszcza, i w ciągu mniej więcej czterech do sześciu dni rany, nawet jaknajgorzej cuchnące i fatalnie wyglądające, są zazwyczaj już oczyszczone, pokrywają się piękną, obfitą ziarniną czerwoną, objawy zaś zakażenia szybko ustępują.

Tyle miałbym do powiedzenia w najogólniejszych zarysach co do traktowania samych ran postrzałowych, w których zakażenie objawiło się w części lub w całej pełni.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 20. III. 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokółuje kol. Bocheński. Obecnych członków 15.

I. Kol. Wiczkowski omawia opisany przypadek **białaczki limfoidalnej**, odbiegający od zwykłego typu, a mianowicie ilość limfocytów dosięgła cyfry 1,300.000, a gruczoły limfatyczne dostępne badaniu nie były powiększone, tylko gruczoły krezkowe, jak to sekcya wykazała, były obrzmiałe. Badania histologiczne, wykonane w pracowni prof. Dmochowskiego, wykazały rozrost i bujanie układu limfoidalnego prawie we wszystkich narządach wewnętrznych. Prelegent do tego opisu nawiązał przedstawienie swych badań nad etyologią białaczki i to na tle obecnego stanu wiedzy o tej etyologii. Z całego szeregu doświadczeń w tym kierunku raz tylko udało się prelegentowi przeszczepić białaczkę ludzką z chorego na ostrą białaczkę na kurę, u której po wstrzyknięciu surowicy z wysięku zapalnego opłucnego rozwinął się obraz białaczki ludzkiej. Badanie krwi tej kury, sekcya jej, a przedewszystkiem badanie histologiczne jej narządów wewnętrznych, wykonane przez prof. Nowickiego, dają prelegentowi podstawę do twierdzenia, że rzeczywiście był to pierwszy przypadek przeszczepienia białaczki z człowieka na zwierzę. Dalszych wniosków stąd nie wysnuwa, gdyż następne doświadczenia przeszczepiania z kury na kury, nie dały wyniku dodatniego, a nie miał sposobności powtórzyć tych doświadczeń z ostrą formą białaczki ludzkiej. (Rzecz w całości ogłoszona będzie drukiem).

Dyskusya:

1. Kol. A. Gluziński spostrzegał przed kilkunastu laty przypadek białaczki limfatycznej u chorego 70-letniego, który zmarł z powodu zapalenia płuc. Sekcya wykazała główne zmiany w kępach Peyera i tylko gruczoły krezkowe były powiększone. Te więc formy białaczki bez powiększenia gruczołów zdają się przydarzać tylko u ludzi starszych. Co do sprawy przeszczepiania białaczki, to jak dotąd sprawa tak się ma, że tylko na zwierzę tego samego gatunku przenieść ją było można, jedynie szczepienia na ludziach dały wynik ujemny. Również bez wyniku pozostały próby przeszczepiania białaczki z ludzi na małpy. Pozornie pomyślne wyniki przeszczepienia na kury okazały, że w tych przypadkach chodziło o gruźlicę u kur. Przy próbach tych liczyć się należy z okolicznością, że skład krwi kury jest inny, niż skład krwi człowieka, a następnie, że kury bardzo łatwo oddziałują na różne bodźce silną leukocytozą. — Co do doświadczeń kol. Wiczkowskiego, to nie ulega wątpliwości, że była tam białaczka. Atoli białaczki tej nie udało się już dalej przeszczepić na inne kury. We wszystkich takich doświadczeniach należy być bardzo ostrożnym przy wysnuwaniu stanowczych wniosków. Mimowoli n. p. nasuwa się przypuszczenie, czy w przypadku tym nie zachodzi przypadkowy zbieg tego rodzaju, że kura ta miała właśnie dostać białaczki i dostała jej zupełnie niezależnie od wstrzyknięcia wysięku opłucnego.

2. Kol. Hornowski, podobnie jak inni, podziela zdanie, że białaczka jest sprawą nowotworową, za czem oprócz innych okoliczności przemawia urazowe jej powstawanie i możność przeszczepiania tylko na ten sam gatunek, podobnie jak przy nowotworach.

3. Kol. Szczepański sądzi, że przeciw zapatrywaniu, jakoby białaczka była sprawą nowotworową, przemawia okoliczność, iż przy nowotworach wytwarza się najpierw ognisko nowotworowe, a później dopiero przerzuty w gruczołach, natomiast w białaczce odrazu zostają zajęte wszystkie gruczoły i sprawa nie przechodzi poza ściany narządu zajętego, jak to czyni nowotwór. Nadto cały obraz i przebieg białaczki odpowiada cechom choroby zakaźnej.

4. Kol. Hornowski zwraca uwagę, że w przypadku zieloniaka (chloroma), który spostrzegał, a który klinicznie był rozpoznany jako białaczka, guzki przechodziły nie tylko torebkę, ale wrastały nawet do naczyń.

5. Kol. Wiczkowski podkreśla jeszcze raz, że w doświadczeniach swych był bardzo ostrożny. Pomimo, że badanie krwi kury dało obraz taki sam, jak przy białaczce ludzkiej, że sekcya dokładna przemawiała za białaczką, a stanowczo wykluczała gruźlicę — pomimo to w wysnuwaniu wniosków był wstrzemięźliwy i wypowiedział je dopiero po udałej próbie przeszczepienia. Nie godzi się z zapatrywaniem, jakoby białaczka była sprawą nowotworową.

6. Kol. A. Gluziński radzi ostrożność co do wyrażenia, że obraz krwi kury i łatwość oddziaływania wysoką leukocytozą na różne bodźce sprawiają, że łatwo tutaj popaść w nieporozumienie. Podobny zupełnie obraz krwi może u kury być leukocytozą, a u człowieka białaczką. Aby rozpoznać białaczkę, musimy oprócz innych objawów stwierdzić usitozę.

7. Kol. Hornowski zauważa, że trudno naturalnie rozstrzygnąć, czy białaczka jest sprawą nowotworową, czy też zakaźną. Można o tem dysputować, ale mowca nie godzi się z tem, by przeciw zapatrywaniu, że to jest sprawa nowotworowa, przemawiała gorączka. Mogą przecież komórki te przy białaczce dostać się w dużej ilości do mózgu i wywołać gorączkę. Mowca spostrzegał przypadek, przebiegający wśród gorączki i gdzie klinicznie rozpoznano gruźlicę, a sekcya wykazała mięsaka limfatycznego (lympho-sarcoma). Do niedawna n. p. złośliwe ziarniniaki chłonne (lymphogranulomata maligna) uważano przecież za sprawę nowotworową. Są to może sprawy, stojące na granicy między nowotworami a sprawami zapalnemi, a białaczka z natury rzeczy jest trudniejsza do określenia, gdyż sprawa odbywa się w narządzie krążenia.

II. Kol. Wiczkowski podnosi, że wobec powagi chwili należałoby, by Towarzystwo lekarskie zabrało głos w sprawie społeczno-higienicznej, która to sprawa ma doniosłe znaczenie wobec przyszłości naszego społeczeństwa, na wzór podobnej akcyi, przedsięwziętej w innych dzielnicach Polski. — Sprawę przekazano Wydziałowi Towarzystwa celem rozpatrzenia i ewentualnego pokierowania.

III. Kol. Demianowski wygłasza odczyt p. t.: **Pomiary antropologiczne umysłowo chorych zbrodniarzy.**

Pomiary antropologiczne przeprowadził prelegent na materyale 1160 chorych Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie. W liczbie tej było 126 zbrodniarzy, czyli 10·8%. Badania te wykazały, że typ umysłowo chorego zbrodniarza równa się zupełnie typowi umysłowo chorego osobnika bez tendencyi do czynów karygodnych. Stworzenie nawet z punktu choćby tylko psychologicznego typu umysłowo chorego zbrodniarza napotyka

na wielkie trudności. Uwzględniając mechanizm psychologiczny zbrodni u umysłowo chorego (autyzm, oderwanie się od rzeczywistości, urojenia i omamy), sam czyn zbrodniczy uważać będziemy musieli tylko, jako zależny od przypadku.

Posiedzenie naukowe d. 30. III. 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokółuje kol. Bocheński. Obecnych członków 13.

I. Kol. Andruszewski przedstawia chorą, demonstrowaną na posiedzeniu dnia 2 marca. Chora ta zgłosiła się powtórnie do ambulatoryum 6. marca, a więc w 4 dni po pierwszej demonstracyi. Już wtedy rozpoznanie **łuszczycy** nie ulegało żadnej wątpliwości. Wykwity na skórze przedstawiały się jużto jako charakterystyczne łuski zrogowaciałego naskórka na nienaciekłych plamach barwy (w przeciwieństwie do stanu przed 4 dniami) więcej rudawobrunatnej lub żywoczerwonej, jużto jako bardzo mało ponad poziom skóry wzniesione i znacznie mniej niż pierwotnie naciekłe guzki, również o zmienianej barwie. Wykwity te przedstawiały więc temsamem wszelkie charakterystyczne cechy łuszczycy podostrej w początkowym okresie inwolucyi. Chorej przepisano miejscowo maść Wilkinsona i częste kąpiele, wewnętrznie pigułki arszenikowe. Dziś, a więc po upływie 3 tygodni od rozpoczęcia leczenia, widać tu i ówdzie ledwie ślady pigmentacyi i łusek, nacieków nigdzie w poszczególnych dawnych wykwitach stwierdzić nie można. Nowych wykwitów niema.

II. Kol. Bednarski wygłasza odczyt p. t. **Okulistyka herbularzy czyli ziołopisów polskich w XVI w. i na początku XVII wieku.** Prelegent przedstawił patologię i terapię okulistyczną ziołopisów t. j. Falimirza, Spiczyńskiego, Siennika, Urzędowa i Syreniusa. Szczegółowo omówił powstanie pierwszego zielnika polskiego z r. 1534 i patologię oka w zielnikach Falimirza, Spiczyńskiego i Siennika, następnie mówił o Dr Urzędowie i jego zielniku, wreszcie przedstawił patologię oka Syreniusa. Szczegółowo mówił o patologii ogólnej herbularzy i o jaglicy, nieco o nomenklaturze i o t. zw. lekach ludowych. W końcu podał ogólny pogląd na stan okulistyki w Europie w XVI w. i omówił znaczenie zielników. (Praca w całości ogłoszona będzie drukiem).

Listy do Redakcyi.

W pracy M. W. Hermana w Nrze 26 zaszła pewna pomyłka w zestawieniach statystycznych. Przytaczam te dane wedle tekstu: 1) że 95% żołnierzy z poszarpanemi przez pocisk jelitami »wśród leczenia zachowawczego« umierało. 2) Prawie 50% ranionych w brzuch znajduje się w takim zapadzie, że najmniejszy zabieg staje się niewykonalny. Z operowanych zaś zdrowieje od 20% do 44·4%, w najgorszym zatem razie przynajmniej cztery razy tyle co przy leczeniu nieoperacyjnem«. Otóż w tem się autor myli, iż znaczy to nie cztery razy, ale tylko dwa razy tyle. Weźmy konkretny przykład: Na 600 zachowawczo leczonych wyzdrowieje 5×6 = 30 rannych. A zaś u chirurga czynnie wkraczającego umrze przedewszystkiem połowa czyli owe 50% znajdujących się w zapadzie, t. j. 300, dopiero z owych drugich trzystu wyzdrowieje 20% t. j. 60 rannych. Wynika z tego, że w pierwszym wypadku zdrowieje 30, a w drugim wypadku 60, czyli tylko dwa razy tyle. Błąd obliczenia na tem polega, że Sz. Autor nie uwzględnia owych 50%, których operować nie można — a to jest niedopuszczalne, bo porównywać można tylko ile się traci względnie ocala z całości, a nie z części, która a priori ma korzystniejsze szanse. Wszakże w razie »nihilizmu operacajnego« wliczono i zaważyły w procencie także owe 50% rannych w zapadzie będących. Wynika z tego, że jeżeli przy owym nihiliźmie operacyjnym ginie 95% to przy czynnej interwencyi ginie 90% — różnica w każdym razie nie tak wielka, iżby była bezwzględnie przekonywająca, zwłaszcza, gdy

się uwzględni możliwe wahania cyfr, zależnie od wielu ubocznych okoliczności.

Sam Autor później wspomina o 10 przypadkach, w których prawdopodobnie nie była otrzewna naruszona — i dlatego je z rubryki wykreśla. Ale to post festum — gdyby zaś te 10 przypadków miał zaraz po zranieniu, byłby niewątpliwie u nich dokonał laparatomii — a te (niepotrzebne) laparotomie polepszyłyby niesłusznie znacznie ogólną statystykę pomyślnych rezultatów.

Dr Józef Kadyi (Jasło).

Jeżeli o wartości wczesnej laparotomii w postrzałach brzucha, wnosić będziemy jedynie z tych przypadków, w których zabieg ten **rzeczywiście i wcześnie** został wykonany — a w mojem przekonaniu inaczej nie można — wtedy słuszność, mimo wywody kol. K., pozostanie przy mnie. Owych 50% ranionych w brzuch, którzy z powodu zapadu nie mogli być wogóle operowani i umierali »bez leczenia« — świadczą chyba o grozie postrzałów brzucha, a żadną miarą nie o małej wartości laparotomii, boć jej tam przecież nie wykonano! Zresztą wobec olbrzymiej wartości życia ludzkiego, sposób dający choćby tylko 2 razy lepsze wyniki, ma bezwzględną wyższość nad każdym innym, dającym 2 razy gorsze wyniki.

Herman.

Wiadomości bieżące.

Kraków. D. 14. VII. odbyło się w Krakowie posiedzenie krajowej Komisyi przeciwgruźliczej.

— Prof. Dr Stanisław Maziarski, zaproszony przez Prezydyum Delegacyi Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, objął urząd skarbnika Delegacyi, którego tymczasowo po śmierci ś. p. prof. Dr Dobrowolskiego zastępował prof. Dr Ciechanowski.

— Galicyjskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża otwarło 15. VII. poradnię przeciwgruźliczą i wystawę przeciwgruźliczą w Łańcucie. Wystawa ta będzie przekształcona w wystawę ruchomą.

— Nowotarskie koło Towarzystwa walki z gruźlicą wydało drukiem wykład Dr K. Dłuskiego o gruźlicy, wygłoszony w Zakopanem. Do wykładu dołączył autor w postaci tabeli zestawienie naszych instytucyi przeciwgruźliczych.

— Pod tytułem »Pokrzywdzenie Galicyi« pomieszczają dzienniki następującą wiadomość: »Na cele zwalczania gruźlicy udzielił — według zestawienia austr. Związku walki z gruźlicą — rząd centralny krajom monarchii następujących zasiłków:

Austrya niższa	1,985.000 K
Salzburg	661.000 »
Styrya	2,021.000 »
Karyntya	624.000 »
Kraina	1,200.000 »
Tyrol	1,500.000 »
Przedarulania	600.000 »
Czechy	3,200.000 »
Morawy	2,191.000 »
Śląsk	1,370.000 »
Galicya	**150.000** »

Zasiłek przeznaczony dla Galicyi służy na urządzenie sanatoryum w Rajczy.

Cyfry te mówią same za siebie. Galicya otrzymała tak mało, że po prostu zrozumieć nie można, w jaki sposób rząd mógł zaryzykować tego rodzaju postąpienie. Nasza reprezentacya parlamentarna powinna niezwłocznie zażądać wyjaśnień, na podstawie jakiego klucza rozdział ten nastąpił i dlaczego nawet tak małe kraje, jak Przedarulania lub Salzburg, otrzymały cztery razy tyle co Galicya, nie mówiąc już o Czechach, które otrzymały dwadzieścia jeden razy tyle«.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Dr Adzie Markowej za dzieła ofiarowane bibliotece. Dr Blassberg, bibliotekarz.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.